

1 - Registro AIB	3 - Nº Cole de Solicitação / Série	4 - Data de Emissão da Guia
------------------	------------------------------------	-----------------------------

Dados do Beneficiário

5 - Número da Carteira	6 - Plano	7 - Validade da Carteira
8 - Nome		
9 - Número do Cartão Nacional de Saúde		

Dados do Contratado (onde foi assinado o procedimento)

10 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	11 - Nome do Contratado	12 - Código CRES
---------------------------------------	-------------------------	------------------

Dados do Contratado Executante

13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	14 - Nome do Contratado Executante	15 - Código CRES	16 - Tipo de Acreditação Autorizada
17 - Grau Part.	18 - Nome do Profissional Executante	19 - Conselho Profissional	20 - Número no Conselho
		21 - UF	22 - Número do CPF

Procedimentos Realizados

23 - Data	24 - Hora Inicial	25 - Hora Final	26 - Tabeta	27 - Código do Procedimento	28 - Descrição	29 - UDE	30 - Via	31 - Tec.	32 - % Ind. / Acresc.	33 - Valor Unitário - R\$	34 - Valor Total - R\$
1-											
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											

35 - Total Geral Honorários R\$

36 - Observação
37 - Data e Assinatura do Prestador

____/____/____

38 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

____/____/____